



Demande de remboursement électronique

# Un piège administratif

Par Gérard Morel  
Vice-président



*La demande de remboursement électronique (DRE) que proposent les assurances complémentaires dans certaines régions n'a pas, à ce jour, été validée par la profession. En effet, présentée sous un aspect séduisant, la DRE transfère de fortes charges administratives aux chirurgiens-dentistes et conduit tout droit au tiers payant complémentaire qui exige un pointage comptable très fastidieux.*

**L**a Mutualité Française de Poitou-Charentes a envoyé un courrier aux chirurgiens-dentistes de la région pour leur proposer la mise en œuvre de la DRE. Pour rappel, une DRE ou Demande de Remboursement Électronique, correspond

à une facture électronique permettant le remboursement des actes médicaux et donc dentaires mais uniquement sur la part complémentaire. Elle est transmise directement à un organisme d'assurance maladie complémentaire par le praticien [suite page 17...](#)

# La dispense de frais est-elle la panacée ?

**A**u-delà de l'aspect purement technique bien plus complexe dans le domaine dentaire que dans d'autres secteurs de la santé, le contexte économique des remboursements place la dispense d'avance de frais au cœur du débat politique.

L'argument du tiers payant est présenté comme un élément essentiel de l'accès aux soins. Les dépenses de santé n'étant pas considérées comme une dépense ordinaire, elles doivent être solvabilisées. Mais les prestations sociales obligatoires devenues insuffisantes par manque de moyens ont ouvert un champ d'action de plus en plus large aux complémentaires qui ne se privent pas de promouvoir le tiers payant, en affirmant qu'il joue un rôle dans la diminution du renoncement aux soins.

### Un jeu de bonneteau

En réalité, les avantages sont ailleurs. Cet argument commercial permet à l'AMC de vendre des contrats et de diminuer ses coûts de traitement des dossiers sur le dos des praticiens, sans compensation. En effet, il est plus aisé de traiter des flux de paiements en direction de quelques centaines de milliers de professionnels que des remboursements en direction de plusieurs millions d'assurés.

Ce changement de procédure de règlement modifie considérablement les relations entre les différents intervenants et donne aux organismes complémentaires des prérogatives de conseil et d'orientation envers leurs adhérents, en s'immiscant dans la relation de gré à gré entre le praticien et son patient transformé en consom-



ALPHASPIRIT/FOCALIA

mateur de soins. Dans ce jeu de bonneteau, le praticien n'est plus qu'un prestataire de soins obéissant à des règles fixées par d'autres, et où le principe libéral du paiement direct par le patient est, ni plus ni moins, remis en cause.

### Reste à charge, seul vrai problème

Quant à l'accès aux soins, s'il est indéniable que dans certains cas, dispenser d'avancer les frais constitue une aide à la décision, cela ne résout pas la difficulté d'accès aux soins créée par le reste à charge induit par le désengagement progressif de l'Assurance maladie obligatoire depuis trente ans. De

“ Cet argument commercial permet à l'AMC de vendre des contrats et de diminuer ses coûts de traitement des dossiers sur le dos des praticiens, sans compensation ”

plus, cette procédure coûteuse pourrait être rendue, dans un proche avenir, inefficace avec l'accélération des flux de remboursements par Sesam vitale, et du règlement, de plus en plus fréquent, par carte bancaire à paiement différé qui fait que les patients sont souvent remboursés avant d'avoir leur compte débité.

Au-delà de toutes considérations, il est bon de rappeler que le paiement direct à l'acte reste un des fondamentaux de l'exercice libéral et qu'il ne saurait être question d'y déroger, à l'exception des critères décrits dans la convention. Le tiers payant ne résoudra jamais les difficultés de paiement de certains actes, mal pris en charge par la solidarité nationale, laissés dans le champ de la responsabilité individuelle. Il n'est qu'une facilité de paiement qui constitue un produit d'appel du « package » complémentaire, une fausse bonne réponse à la vraie difficulté d'accès aux soins et un moyen d'asservissement pour le praticien.

“  
Rappelons-nous  
que pour faire une FSE,  
bien moins lourde,  
la Sécurité sociale  
avait prévu une aide  
à la télétransmission  
de 400 € ”

suite de la page 15... à l'aide de son logiciel de télétransmission. Cette proposition n'est pas acceptable car elle se heurte à plusieurs obstacles.

## Une simplification qui complique

Le premier obstacle est que la DRE n'a jamais été validée par la profession. En effet, le GIE Sesam Vitale a intégré la DRE dans son cahier des charges à la demande des assurances maladie complémentaires, car celles-ci n'ont pas accès aux données des feuilles de soins électroniques (FSE). Mais cette fonctionnalité n'est pas à l'ordre du jour pour les chirurgiens-dentistes. La mise en place d'un mode de facturation devant être utilisé quotidiennement par la profession doit au minimum tenir compte de ses spécificités. On ne peut pas unilatéralement décider à la place des praticiens de ce qu'ils doivent faire, et augmenter leur charge de travail administratif. Contrairement à ce qui est annoncé par la Mutualité Française de Poitou-Charentes, la simplification des échanges avec les complémentaires n'est pas en faveur du chirurgien-dentiste, car le transfert de charges administratives est loin d'être anodin.

## Absence de négociation nationale

De plus, le conventionnement individuel issu d'une proposition unilatérale est inacceptable. Une contractualisation avec la profes-



sion décrivant les échanges et engagements de chacun est indispensable. Elle doit être issue d'une négociation nationale entre les chirurgiens-dentistes et les assurances complémentaires. Aujourd'hui, où sont les garanties de paiement en tiers payant ? Que se passe-t-il lorsque le patient a quitté la complémentaire ou n'a pas payé sa cotisation ? Si, au mois de mars, la cotisation du patient n'est pas à jour, il est plus que probable que la complémentaire ne verse pas les prestations au praticien et le laisse seul avec son problème. Ensuite, qui répondra aux interrogations des chirurgiens-dentistes ? En pratique, c'est le parcours du combattant au

sein des assurances complémentaires. Enfin, où sont les réelles simplifications ? Avec la DRE, la simplification et les économies sont du côté de l'assurance complémentaire tandis que la surcharge de travail et l'augmentation des responsabilités, en cas de bug informatique ou d'erreurs de saisie, sont pour le praticien et tout ceci, sans aucune contrepartie.

## Des paiements décalés dans le temps

Par ailleurs, n'oublions pas que le but ultime de la DRE est le tiers payant complémen-



taire, qui conduit le praticien à avoir trois payeurs pour un même honoraire, au lieu d'un seul en paiement direct. C'est déjà le cas lors du cumul des tiers payants de la part obligatoire et de la part complémentaire, sans liaison entre les organismes payeurs. Le praticien reçoit alors trois paiements : la part obligatoire, la part complémentaire, et le montant du reste à charge directement réglé par le patient. Les paiements n'étant pas coordonnés, ils sont décalés dans le temps. Ce type de tiers payant principalement proposé par les organismes complémentaires impose au praticien un pointage comptable particulièrement fastidieux et un important surcroît de travail administratif.

## La spécificité du dentaire

Ce que les responsables des assurances complémentaires font semblant de ne pas comprendre, c'est que les actes dentaires sont spécifiques. Pour les professions médicales, comme les infirmiers ou les masseurs-kinésithérapeutes, l'ensemble des actes est opposable ; le calcul du montant du remboursement complémentaire se fait par le calcul du ticket modérateur, soit, le plus souvent, 30 % de la base de remboursement. Il y a aussi des pièges, la prise en charge de l'Assurance maladie pouvant varier de 70 % à 100 % avec des taux intermédiaires. Pour les actes dentaires, il faudrait séparer les actes remboursables des actes non remboursables, les prothèses conjointes des prothèses adjointes, les implants, etc., et faire, pour chaque acte, le choix du bon calcul de remboursement complémentaire, en ayant, bien sûr, pris le soin de choisir le contrat du patient dans sa complémentaire. C'est bien plus complexe que le calcul du ticket modérateur et certainement une charge de travail supplémentaire. Rappelons-nous que pour faire une FSE, bien moins lourde, la Sécurité Sociale avait prévu une aide à la télétransmission de 400 €. Les assurances complémentaires ne prévoient aucun dédommagement pour ce transfert de charges, l'avantage d'un éventuel remboursement plus rapide est une compensation lui paraissant largement suffisante.

## Comparaison

# La charge administrative avec ou sans DRE

Actuellement, le praticien agit ainsi :

1

Actes opposables : il télétransmet à la seule Assurance maladie obligatoire (AMO), laquelle se charge ensuite de renseigner l'Assurance

maladie complémentaire (AMC) par un envoi Noemie payant. Pas de charge de travail, pas de risque d'erreur, pas de responsabilité.

2

Actes non opposables : il édite un devis et une note d'honoraires qu'il remet au patient, libre à celui-ci de les envoyer à sa complémentaire. Il télétransmet les actes remboursables

à l'AMO qui se charge d'informer l'AMC par un envoi Noemie (facturé). Toujours pas de charge de travail supplémentaire, ni de risque d'erreur ou de responsabilité.

Avec la DRE, le praticien devra :

1

Installer les tables de convention comprenant jusqu'à 13 paramètres à renseigner pour chaque complémentaire, manipulation à faire à la main dans le logiciel, suite à un téléchargement.

Ces tables contiennent tous les types de garanties possibles par complémentaire. Il devra bien sûr effectuer des mises à jour.

2

Récupérer, pour créer une DRE, les informations identifiant le bénéficiaire ainsi que les informations sur sa couverture (garanties effectives, dates de début et fin de droits complémentaires, etc.) contenues très rarement dans la carte Vitale, mais figurant la plupart du temps sur la carte papier d'adhérent complémen-

taire. Actuellement, seuls certains fonctionnaires ont dans leurs cartes Vitale les données complémentaires. Cela veut dire que, la carte n'étant pas lisible par un lecteur de carte, le praticien devra recopier manuellement les données de la carte mutuelle dans la plupart des cas.

3

Calculer ensuite les montants de remboursements complémentaires selon les garanties par l'intermédiaire des tables de convention. Le praticien fai-

sant le travail des employés de la complémentaire, il devra choisir la bonne garantie acte par acte et donc endosser cette responsabilité.